



Centro Universitário de Brasília
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO – FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

A RELAÇÃO ENTRE INSTITUCIONALIZAÇÃO E CRONIFICAÇÃO DA LOUCURA - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THAYANE MARTINS MACHADO

BRASÍLIA – DF
DEZEMBRO / 2008

THAYANE MARTINS MACHADO

A RELAÇÃO ENTRE INSTITUCIONALIZAÇÃO E
CRONIFICAÇÃO DA LOUCURA - UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA

Monografia apresentada como
requisito para conclusão do curso de
Psicologia do Centro Universitário de
Brasília - UniCEUB, orientada pela
Professora Msc. Cláudia Mendes
Feres.

Brasília – DF, dezembro de 2008



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO - FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Professora e Orientadora Cláudia Mendes Feres

Professora Marcella Laureano

Professora Tânia Inessa Martins de Resende

A Menção Final obtida foi:

BRASÍLIA-DF, DEZEMBRO/2008.

Agradecimentos

À minha mãe, Cynthia Martins Machado, por ser minha força e minha alegria. Por me ensinar todos os dias a viver com emoção e dignidade, por se doar sem limites ao ofício de ser mãe e pai e por ser o maior exemplo de bondade, desapego e amor que já vi neste mundo.

Ao meu tio Delvandro Xavier de Almeida, padrinho, amigo e pai, por me ensinar que laços de amor valem mais que laços de sangue. Por confiar em mim, estar ao meu lado e me presentear a cada dia com sua existência doce e maravilhosa.

À minha avó, Ivone Martins de Moraes, exemplo de mãe e de mulher, por ser ela mesma uma obra de arte, uma poesia viva, que me inspira e me fortalece.

Ao meu avô Gedy de Moraes, por ser uma parte tão boa da minha família, da minha vida e por ter me permitido compartilhar de sua linda companhia ao longo destes anos.

Aos meus irmãos Vinicius e Nuno, que eu tanto amo e que me fazem muito feliz por ser quem sou. Por entenderem a minha ausência nestes últimos tempos e por aproveitarem comigo os pequenos momentos que passamos, durante estes cinco anos de dedicação.

Ao meu namorado, Paulo, pelos bons conselhos, pelos risos, abraços, agrados e pelo apoio dado nos momentos bons e ruins.

A todos, mais uma vez, por acreditarem em mim, por me ampararem e se esforçarem para proporcionar que eu vivesse este momento da forma mais agradável possível.

Agradeço especialmente a minha tia Daniela Martins Machado, madrinha, amiga e mestra, por compartilhar comigo todo o seu conhecimento, sabedoria, tempo e amor a uma causa. Por ter sido para mim, desde o início da vida acadêmica, o modelo de profissional que quero seguir e por aceitar a empreitada deste último desafio.

À professora e orientadora Claudia Mendes Feres, por acolher esta parceria e engajar-se nela com paciência e dedicação; à professora Marcella Laureano, pela sua disponibilidade e valiosa contribuição em minha banca; e à professora Tânia Inessa Martins de Resende, por me proporcionar que conhecesse e amasse ainda mais a minha vocação.

Ao Instituto de Saúde Mental, sua equipe e usuários, por serem o início, o meio e o fim deste meu humilde estudo.

SUMÁRIO

Resumo.....	v
Introdução.....	1
Capítulo 1 – A Institucionalização da Loucura.....	5
1.1 A Construção da Loucura.....	5
1.2 O louco: De doente mental à Sujeito em sofrimento psíquico.....	10
Capítulo 2 – O Manicômio.....	21
Capítulo 3 – Relato de uma Experiência.....	28
3.1. O Espaço Físico.....	28
3.2. O Funcionamento da Instituição.....	30
3.3. A Residência Terapêutica do Instituto de Saúde Mental.....	33
Conclusão.....	42
Referências Bibliográficas.....	47

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo compreender a relevância do contexto social do sujeito em sofrimento psíquico para a sua desabilitação. Parte-se da hipótese de que a evolução psicopatológica por si só não resulta na cronificação do indivíduo, sendo, então, a institucionalização um agravante deste processo. Além disso, este estudo procurou refazer o percurso teórico da construção dos conceitos de loucura e de doença mental, verificada a importância da reavaliação e da reformulação dos saberes e práticas adotadas na área, para a humanização e reabilitação psicossocial do sujeito em sofrimento psíquico. Para tanto, foi desenvolvida uma revisão bibliográfica das formas de abordagem da loucura, explicitando as forças sociais atuantes no processo de edificação do conceito desde a Antiguidade até a Modernidade, com o estabelecimento da doença mental e do asilo psiquiátrico. Posteriormente, foram descritas algumas importantes formulações teóricas acerca desta categoria nosográfica, desde a perspectiva organicista até a psicossocial. Em seguida, foi efetuada uma descrição dos mecanismos institucionais empregados nos manicômios, e analisadas, por meio do relato de uma experiência, as implicações subjetivas deste tipo de intervenção para o indivíduo institucionalizado. Tal reflexão possibilitou a compreensão da loucura como uma categoria socialmente construída, bem como a identificação das forças envolvidas no processo de legitimação do objeto enquanto doença mental. A partir de então, foi possível estabelecer uma crítica ao modelo classificatório, pela banalização e imprecisão diagnóstica, que desconsidera as características e possibilidades individuais. Verificou-se, também, que tal modelo justificou ações violentas no âmbito da instituição, e que esta, por sua vez, mortifica e destrói pessoas. Desta forma, foi considerada como alternativa a superação do modo de atenção manicomial à saúde mental, pela efetivação das políticas públicas de inclusão que se valem de dispositivos substitutivos à internação integral. Tal reestruturação seria estimulada, ainda, pelo desenvolvimento de uma postura individual de revisão de saberes e práticas frente ao sujeito em sofrimento psíquico, a fim de que não se reproduzam os padrões manicomiais que se pretende suplantar. Isso garantiria que relatos de desumanização, institucionalização, cronificação e aniquilação subjetiva fossem uma realidade superada, que só se encontra nos livros de história.

Palavras-chave: institucionalização, cronificação, loucura.

A loucura, como objeto do conhecimento humano, tem sido apreendida a partir de perspectivas distintas ao longo da história. Desde a antiguidade, a figura do louco provoca estranheza, instigando formulações teóricas e condutas sociais diversas.

Acompanhando a evolução da sociedade, vê-se que a loucura passou pelo sagrado, pelo demoníaco, pelo imoral até ter sido estabelecida como doença. A compreensão de tal percurso pode ser abalizada pela revisão dos determinantes sócio-históricos envolvidos na construção desta categoria.

O louco, tendo sido apropriado pela psiquiatria, tornou-se um objeto de estudo e, por questões sociais, econômicas e morais, foi institucionalizado e segregado socialmente, processo este que lhe acarretou diversos prejuízos subjetivos.

Hoje, considerando as transformações sociais que incluem um olhar mais apurado sobre a questão da desigualdade social, fez-se analisar e combater os males causados pelo processo segregacionista imposto pelo foco biomédico no campo da saúde mental.

Nos últimos anos, o que se observa é um momento de transição no campo da atenção à saúde mental. Em todo o mundo, o paradigma manicomial vem sendo suprimido, em verificação ao caráter violento e excludente de seus métodos de tratamento. Em substituição a ele, vem sendo difundida uma nova perspectiva, a psicossocial, que preconiza a humanização do cuidado e a inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico.

No Brasil, a política pública de atenção à saúde mental tem redirecionado as práticas adotadas na área, reduzindo progressivamente o número de instituições psiquiátricas e expandindo a rede de serviços substitutivos.

Como estratégia para a consolidação desta política, novos dispositivos têm sido implantados, como as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais – UPHG, os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Os CAPS - descritos na portaria nº 336 do Ministério da Saúde, são dispositivos regionalizados destinados ao atendimento, por equipe interdisciplinar, de portadores de transtornos mentais severos e persistentes.

As ações desenvolvidas nestas unidades devem ser direcionadas à reinserção social e reabilitação psicossocial do sujeito, através da interlocução entre usuário, equipe e população, bem como acesso aos recursos comunitários e possibilidades de inserção no processo de produção de bens e serviços.

O Distrito Federal conta, atualmente, com cinco Centros de Atenção Psicossocial, o CAPS do Centro de Orientação Médica e Psicopedagógica - COMPP, o CAPS do Instituto de Saúde Mental, o CAPS do Paranoá e os CAPS do Guará e de Sobradinho, destinados a atender pessoas com dependência química.

Neste trabalho, abordar-se-á uma dessas instituições em particular, o Instituto de Saúde Mental – ISM, uma unidade de atenção à saúde mental inaugurada em 1987 e credenciada recentemente como CAPS junto ao Ministério da Saúde.

Além do CAPS, o ISM conta com um outro dispositivo, a chamada Residência Terapêutica do ISM, cuja estrutura abriga quinze moradores com longo histórico de internação e já bastante cronificados. Tais sujeitos apresentam sério comprometimento psíquico e relacional e não contam com suporte familiar ou social.

A perda subjetiva observada nos usuários deste serviço intriga quanto às determinações de seu estado atual, pois analisando seus casos é possível encontrar indícios de que sua cronificação não tenha decorrido simplesmente da evolução psicopatológica. É possível que essa degeneração tenha derivado também do processo de institucionalização ao qual foram por tanto tempo submetidos e que até hoje ainda o são, em certa medida.

Com o objetivo de compreender a relevância do contexto social do sujeito em sofrimento psíquico para a sua desabilitação e cronificação, serão descritos neste trabalho os mecanismos

institucionais empregados nos manicômios, e analisadas, por meio do relato de uma experiência, as implicações subjetivas deste tipo de intervenção para o indivíduo.

Para melhor delimitação do tema, será desenvolvida, primeiramente, uma revisão das formas de abordagem da loucura, explicitando as forças sociais atuantes no processo de construção desta categoria. Esta análise permitirá apontar os caminhos que vêm sendo trilhados no sentido da desconstrução dos conceitos de loucura e de doença mental, já tão naturalizados na sociedade.

Tal trabalho se soma a outras iniciativas de discussão e enriquecimento teórico na área de saúde mental, pela análise bibliográfica proposta, considerada a necessidade de revisão de saberes e práticas para a evolução do tema. Além disso, apresentará uma experiência concreta de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico, num contexto de mudança paradigmática, qual seja o ISM, que permitirá uma reflexão dos métodos empreendidos no cuidado de seus usuários.

Segue-se o capítulo introdutório, que tem como principal referência a contribuição do filósofo Michael Foucault. Nele será revisto o processo de construção conceitual da loucura, passando pela Antiguidade e chegando à Idade Moderna, com o estabelecimento da doença mental e da instituição psiquiátrica.

A partir de então, serão apresentadas algumas importantes formulações acerca do objeto, desde a concepção orgânica, com Emil Kraepelin e Eugen Bleuler, até a psicossocial, com seu precursor: Franco Basaglia.

No segundo capítulo, após uma explicação sobre os espaços institucionais, será realizada uma descrição funcional das instituições psiquiátricas, baseada principalmente nos estudos sociológicos de Erving Goffman. Serão apresentados, ainda, os mecanismos empregados no cuidado dispensado ao internado, e as implicações subjetivas que decorrem deste processo.

O último capítulo consistirá no relato de uma experiência, vivenciada junto aos usuários da Residência Terapêutica do ISM, por meio do qual serão analisadas algumas consequências subjetivas do modo manicomial de tratamento. A partir de tais articulações, serão formuladas considerações acerca do tema, apontando as maiores dificuldades para o avanço de ações na perspectiva psicossocial voltada à clientela da RT do Instituto de Saúde Mental.

Capítulo 1 - A Institucionalização da Loucura

1.1 A Construção da Loucura

A loucura, como objeto da compreensão humana, foi ao longo da história concebida através de diferentes perspectivas. Nem sempre esteve sob o domínio de uma área de conhecimento específica, visto que, para se tornar algo apropriável à ciência, teria que primeiramente tornar-se uma categoria.

O processo de construção deste objeto se deu sob a pressão de diversas forças sociais, as quais só podem ser compreendidas por meio de uma revisão histórica. Para Carvalho e Amarante (2000), um determinado eixo de pensamento foi assumido pelo senso comum tornando-se hegemônico, naturalizando o conceito de loucura e dificultando sua compreensão como uma categoria socialmente construída.

Apresenta-se aqui uma síntese histórica do lugar simbólico ocupado pela loucura, desde a Antiguidade até a Modernidade, visando, não ao esgotamento do tema, mas uma maior compreensão deste processo de construção e de suas implicações sociais.

Na Antiguidade, havia o predomínio da religiosidade para a compreensão dos acontecimentos cotidianos, assim sendo, o comportamento dos indivíduos era comumente interpretado desta forma. Neste sentido, manifestações que, na pós-Modernidade seriam tomadas como sintomas, na Antiguidade seriam uma forma de comunicação com as divindades (Machado, 2006).

Vasconcelos (2000) afirma que, na civilização grega, por exemplo, a loucura era necessária para que se estabelecessem experiências religiosas. Havia, assim, uma clara positividade na idéia de loucura, pois ela implicava uma outra forma de racionalidade sob a qual se obtinha sabedoria e status.

Segundo este autor, era por meio do enlouquecimento que se obtinha o conhecimento sagrado: “[...] foi preciso que houvesse a desrazão para que se estabelecesse a razão divina” (Vasconcelos, 2000, p. 15).

Foucault (1997) aponta que, por volta do século XV, a loucura começou a ser trazida para o cerne da razão e da verdade, como portadora de uma sabedoria tentadora e proibida. Os loucos, como detentores desta sabedoria, eram vistos como ameaça à sociedade e, por este motivo, expurgados para longe do convívio social e abandonados à própria sorte, dentro de navios - “a nau dos loucos” (p.19).

No século XVI, o humanismo marcou a passagem da loucura para uma perspectiva moral. Suas manifestações não eram mais expressões religiosas, mas irregularidades de conduta. A loucura foi compreendida, a partir daí, não mais como divina, e sim, como essencialmente humana, surgida pelo apego do indivíduo a si mesmo, ou seja, pela presunção (Foucault, 1997).

Segundo Foucault, esta é a divisão entre duas formas de experiência da loucura, a visão cósmica e a reflexão moral, “o elemento trágico e o elemento crítico irão doravante separar-se cada vez mais, abrindo, na unidade profunda da loucura, um vazio que não mais será preenchido” (Foucault, 1997, p. 27).

Segundo Foucault, esta foi a época do controle da loucura, visto que, para Descartes, a loucura era justamente a condição de impossibilidade de pensamento, o que a colocava numa região de exclusão, de não-razão (Foucault, 1997). Em nome da construção de uma racionalidade metódica, razão e desrazão foram cindidas, a primeira tornando-se o negativo da segunda (Vasconcelos, 2000).

O ato de exclusão do louco foi levado a cabo por meio de um mecanismo institucional poderoso, utilizando o espaço dos antigos leprosários, desativados desde a Renascença, para o confinamento dos loucos e de outros sujeitos socialmente desviantes.

As casas de internação implementadas na Idade Clássica foram consideradas por Foucault (1997) como principal instrumento de exclusão para toda a sorte de indesejáveis sociais, os loucos, os mendigos, dissidentes políticos, desempregados, entre outros. Segundo este autor, elas ocultavam por trás de suas paredes “uma obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos” (Foucault, 1997, p.79).

A prática do internamento se organizava, ainda, a partir de uma nova sensibilidade à miséria e de novas formas de reação aos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade que se implantou na sociedade. “O enclausuramento de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica [...] enclausuramento na intenção absolutista de ocultar a miséria” (Desviat, 1999, p. 15).

Com foco ainda na questão econômica, é possível discutir o modo de atenção à saúde como algo que está ideologicamente alicerçado no modo de produção capitalista, o qual impõe ao homem o rótulo de sujeito produtivo (Minayo, 2004). Neste sentido, vê-se emergir o aspecto econômico do enclausuramento, à luz do materialismo histórico.

A loucura é neste ponto entendida como impossibilidade de contribuição social, por incapacitar os sujeitos para o trabalho ou produção, “as novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido” (Foucault, 1997, p. 78).

O sistema capitalista, aliado ao saber médico, justificou desta forma a classificação e a exclusão dos incapacitados para o trabalho, na medida em que o modelo econômico excludente foi colocado em paralelo com o paradigma excludente da saúde mental. (Costa-Rosa, 2001, p. 13).

No contexto da segregação dos indesejáveis sociais, dentre os quais se encontrava o louco, vê-se que este teve sua figura apagada em meio aos demais internos, sendo retirado da precisão de uma individualidade, a qual só ressurgiria com Pinel, numa psiquiatria que pela primeira vez pretendeu tratar o louco como humano (Foucault, 1997).

Para Foucault (1997), a estrutura das casas de internamento não se assemelhava a nenhuma idéia médica, sendo consideradas uma instância da ordem da repressão, pois o aprisionamento teria significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais.

Na Idade Moderna, a postura de exclusão e confinamento do louco foi substituída por uma nova concepção, que o traria para o lugar de doente, foco de observação e tratamento. Esta tendência pode ser justificada ao se tomar o louco numa perspectiva positivista, que foi difundida na época, segundo a qual a compreensão de um fenômeno pode ser alcançada pelo estudo das partes que o compõem, e ainda, que só é real aquilo percebido pelos sentidos humanos (Minayo, 2004), daí a necessidade do isolamento e observação sistemática do comportamento do louco.

Sob a perspectiva positivista, Pinel iniciou uma revolução relativa à abordagem da loucura; visto que a doença seria a lesão fundamental do intelecto e da vontade, a intervenção terapêutica deveria restituir o alienado à vida social e racional (Pessotti, 1996).

A causa da loucura tida como “imoralidade”, pelo seu caráter de excesso e desvio, levou Pinel a defender o isolamento dos alienados do mundo exterior, alegando que estes deveriam ser sistematicamente observados e disciplinados, no que foi denominado Tratamento Moral (Pessotti, 1995).

A criação do manicômio empreendida por Pinel, que retirava as correntes dos alienados, foi considerada por Pessoti (1996), por si só, como um grande progresso, já que devolvia a liberdade de movimento e locomoção, restituindo a condição humana do louco. O autor

considera, contudo, que a iniciativa não devolveu ao louco sua condição cidadã, como era almejado a princípio (Pessotti, 1996).

Ao contrário, a premissa da disciplina e da reeducação do louco permitiu que as ações dentro dos asilos se desenvolvessem num sentido cada vez mais coercitivo. Foram implementadas diversas técnicas em caráter experimental, como choques, sangrias, banhos frios e outras ações justificadas pela imagem estigmatizada do louco como perigoso e violento.

Nesta mesma época, Pinel foi responsável pela elaboração de um primeiro esboço nosográfico dos transtornos mentais, afirmando que a loucura seria o rompimento com a racionalidade, expresso por sinais precisos e passíveis de agrupamento (Amarante, 1996).

A partir de então, a loucura foi amplamente referida como fenômeno oriundo de causas naturais, passando a ser domínio daqueles que eram treinados para lidar com distúrbios físicos. Desta forma “consolida-se com Pinel não só a suposta e questionável etiologia orgânica da loucura, como também a necessidade do tratamento médico dela” (Costa, 1961, p. 62).

A psiquiatria aparece nesta ocasião como um campo de especialidade da medicina, recebendo o mandato de lidar e dar conta da loucura, que já vinha sendo submetida, desde o século XVII, à reclusão institucional, em companhia de outros desviantes (Teixeira, 1996).

A primeira tarefa da psiquiatria foi dotar a loucura de um estatuto de inteligibilidade, de uma tradução científica. Segundo Teixeira:

Assim procedendo, a psiquiatria retira a loucura da indiferenciação em que se encontrava nas grandes casas de internamento e a leva para o asilo, local concebido como exclusivo para o tratamento e cura da alienação mental. É sobre a égide de um discurso humanitário, que pregava a necessidade de uma forma de tratamento para os loucos, e não meramente de sua prisão, que a psiquiatria se constitui. Assim, o

nascimento da psiquiatria é um correlato do nascimento do asilo (Teixeira, 1996, p. 70).

A loucura vem, desde então, sendo hegemonicamente abordada e tratada à luz das ciências médicas, numa perspectiva positivista. Em nome da neutralidade científica que não permite a inclusão em seu campo de nada que não seja fato, houve um movimento de despersonalização do sujeito louco.

Esta visão é evidenciada na medida em que foi negada ao louco sua condição humana, mantendo em foco somente a questão biológica - que valoriza a observação dos sintomas, em detrimento das questões sociais que valorizariam sua dimensão histórica, cultural e social.

Basaglia colocou que “o mal obscuro da psiquiatria está em ter separado um objeto fictício, a doença, da existência complexa e concreta do paciente e do corpo social” (1991, citado em Nicácio, 1990, p.99). O autor alega que sobre essa separação artificial se construiu um conjunto de aparatos legislativos, científicos, administrativos, de códigos de referência social, de relações de poder, todos referidos à doença.

A loucura foi reduzida e simplificada à doença mental pela psiquiatria, foi objeto de segregação social por razões ideológicas, econômicas e morais. Para Basaglia (1991), tudo isso foi possível porque a ciência, a serviço da classe dominante, determinou que o doente mental era um indivíduo incompreensível e, como tal, ameaçador e imprevisível, impondo-lhe como única alternativa a morte civil.

1.2 O louco: De doente mental à Sujeito em sofrimento psíquico

Sobre o objeto doença mental, constituído no final do século XVIII, ergueram-se inúmeras teorias e modalidades de intervenção, questionadas e modificadas ao longo dos séculos. Apresenta-se, neste segundo momento, uma breve revisão das formas de abordagem

do sofrimento psíquico grave, objetivando proporcionar melhor entendimento sobre o sujeito institucionalizado.

No século XIX, foi iniciada a chamada “era dos sistemas em psiquiatria”, de onde derivam as bases dos conceitos e métodos de tratamento hoje utilizados em saúde mental. Nesta época, surgiram classificações abundantes das psicopatologias, diferenciadas com base em sua origem, curso e resultado (Costa, 2003).

De acordo com Saggese (2001, citado em Costa, 2003), o termo psicose foi empregado pela primeira vez por Von Feuchtersleben, em 1845, como nome médico da “loucura alienada”. Neste sentido, a psicose referia-se a “doença espiritual”, enquanto a neurose, termo criado por Cullen em 1796, remetia ao fundamento orgânico (Costa, 2003).

O primeiro sistema comumente aceito em psiquiatria foi introduzido pelo psiquiatra Emil Kraepelin na década de 1890, com o conceito de “demência precoce”. Através do estudo de pacientes graves dos manicômios, Kraepelin descreveu extensivamente a enfermidade, alegando que seria como as demais doenças, de origem estritamente orgânica (Smith, 1985).

Kraepelin estava convencido de que as alterações no cérebro eram a causa das doenças mentais e que a ciência um dia traria esta correspondência de forma linear. Para Waelhens (1990), é por esta razão que os quadros kraepelianos da esquizofrenia ainda persistem, na medida em que a formação médica continua a manter uma perspectiva causalista.

Para Waelhens (1990), mesmo sob a perspectiva médica, este sistema tinha um ponto fraco, a falta de distinção entre a paranóia e a esquizofrenia, principalmente a paranóide. Esta dificuldade acabou por definir a esquizofrenia por sua incurabilidade e agravamento progressivo, criando, com efeito, um diagnóstico e um prognóstico definitivos. O autor salienta que como a patologia não se desenvolvia de forma semelhante em todos os casos, Kraepelin se viu frente a um prejuízo de rigor lógico.

Waelhens (1990) coloca que Eugen Bleuler, ao perceber a insuficiência do método precedente, procurou estabelecer uma concepção mais estrutural da doença, discutindo sintomas primários e secundários. Bleuler introduziu assim, em 1911, o conceito de esquizofrenia como ruptura das funções psíquicas (Costa, 2003).

Mesmo considerando, sob influência de Sigmund Freud, fatores psicodinâmicos da mente do paciente na etiologia da doença (Smith, 1985), Bleuler não evoluiu com o organicismo, pois ainda que julgasse que não se podia excluir uma hipótese psicogênica das causas da enfermidade, pessoalmente não aderiu a ela (Waelhens, 1990).

Para Waelhens (1990), a perspectiva causalista empreendida pelos autores, qualquer que seja sua legitimidade, está condenada a uma esterilidade absoluta, da qual a obra de Kraepelin fornece o exemplo exato. O autor ainda justifica que nenhuma quantidade infundável de fatores identificados no universo definido pelas ciências naturais pode levar a comunicar ou ainda constituir o sentido de um comportamento ou discurso.

Szasz (1979) vai além, alegando que se a premissa da medicina ocidental atribui ao médico o papel de tratar desordens do corpo humano, estritamente falando, a doença só poderia afetar o corpo, assim sendo, doença mental seria uma expressão tão-somente metafórica, tornando ilegítima a ação do médico sobre o fenômeno.

O autor defende que Kraepelin e Bleuler não descobriram processos fisiopatológicos, eles criaram conceitos e, a partir deles, novas justificativas para reafirmar a psiquiatria como medicina, bem como o esquizofrênico como doente e a prisão em que é confinado como hospital (Szasz, 1979).

A alegação de Szasz pode ser corroborada por afirmações pertinentes ao discurso médico, empregado até bem pouco tempo, como no trecho que se segue, extraído de um dicionário de psicologia e de psicanálise da década de 1970. O autor conceitua a Psicose:

Loucura ou insanidade mental. É a categoria de doenças caracterizadas por desordens cognitivas tão graves (incluindo, freqüentemente, delírios e alucinações) que o ajustamento social se torna impossível e o paciente deve ser colocado sob vigilância médica, a fim de impedir que provoque danos físicos em si próprio ou em terceiros (Cabral, 1971, p. 320).

Vê-se que, assim procedendo, a psiquiatria, como uma instituição agregadora de uma ideologia poderosa, assenta na metáfora e no vocabulário da doença mental a hospitalização e o tratamento, e é desta forma que estabelece e mantém sua identidade.

O nascimento da psiquiatria moderna foi marcado pela legitimação de pessoas clinicamente saudáveis como doentes mentais, isto porque a psiquiatria não sobreviveria diante da admissão de que seus pacientes não eram doentes, nem tampouco restariam justificativas para o confinamento deles (Szasz, 1978).

Hoje, o estudo científico do mau comportamento e sua administração médica tem como símbolo sagrado a esquizofrenia, sendo a maior combinação de todas as más condutas consideradas pelo psiquiatra - que se limita a diagnosticá-la, tratá-la e prognosticá-la. (Szasz, 1978).

Para Waelhens (1990), frente ao comportamento esquizofrênico, o profissional deveria manter outra conduta, não de administrar a doença, mas buscando evidenciar o sentido das transformações ocorridas nas relações do sujeito consigo mesmo, com os outros e com o mundo. Somente desta forma seria alcançado algum nível de compreensão sobre os processos subjetivos.

Além disso, Waelhens (1990) observa que as características da esquizofrenia destacadas por Kraepelin e Bleuler são quase todas negativas, na medida em que se referem a fracassos e falhas em processos normais.

Para ele, se tudo o que distingue o doente do não doente são traços negativos, não se pode apreender o sentido da existência esquizofrênica. Neste ponto, ele considera que a concepção freudiana do delírio marca uma vantagem sobre as anteriores, visto que configura uma tentativa de reinvestir na realidade, portanto trazendo a possibilidade de cura (Waelhens, 1990).

Ampliando o foco nosográfico das psicopatologias, é importante citar Sigmund Freud, que adentrou no campo das psicoses através do “Caso Schreber”, em 1911. Freud analisou neste estudo os mecanismos psicodinâmicos da paranóia, ressaltando o papel da homossexualidade e do mecanismo de projeção na produção delirante.

Os delírios revelados por Schreber foram a primeira indicação freudiana acerca do narcisismo, termo utilizado por Paul Näcke em 1899 para descrever a atitude de uma pessoa que trata seu próprio corpo como um objeto sexual (Freud, 1914/1969). Tal conceito foi empregado por Freud na formulação da teoria psicanalítica das psicoses (Uchoa, 1979).

Em “Sobre o narcisismo: Uma introdução”, Freud (1914/1969) afirmou que a libido, ao se afastar do mundo externo e voltar-se para o ego, daria margem a uma atitude que pode ser denominada de narcisismo. Ele postulou assim, que haveria dois tipos de libido, uma objetual - voltada para fora, e outra narcísica, referente à tomada pelo indivíduo de si mesmo como objeto de amor.

Tal constatação surgiu na observação do comportamento dos psicóticos, que demonstravam um desinteresse na realidade objetiva e um direcionamento para a realidade interna (Uchoa, 1979).

Para Freud, a substituição do interesse externo pelo interesse pelo próprio eu acarretava uma inflação do eu, o que ocasionaria a megalomania característica do sujeito paranóico. Freud observou, ainda, que a partir deste retraimento egóico surgiam manifestações delirantes e alucinatórias, que teriam um caráter de restituição ou autocura (Uchoa, 1979).

Em sua obra “Neurose e Psicose”, Freud (1924/1969) afirmou que, na primeira, o eu suprimiria um fragmento do “isso” em sua dependência da realidade, enquanto que, na segunda, o eu, a serviço do “isso”, se afastaria de um fragmento da realidade; desta forma, constatou que na psicose a perda da realidade estaria presente, ao passo que na neurose poderia ser evitada.

Segundo Freud (1924/1969), tanto a neurose quanto a psicose consistem em reações a uma frustração, uma não realização de desejos onipotentes infantis. A diferença seria a conformação diante da dependência do mundo externo na neurose, pois haveria um movimento do no sentido de silenciar o “isso”, enquanto que, na psicose, haveria um rompimento com a realidade, pelo triunfo do “isso”.

Ainda nesse trabalho, Freud (1924/1969) propõe a fórmula, até então mais importante, na diferenciação das duas patologias, estabelecendo que a neurose seria o resultado de um conflito entre o eu e o “isso”, enquanto a psicose seria o resultado do conflito entre o eu e o mundo externo.

Para ampliar a distinção entre psicoses e neuroses e fazer correções à obra precedente, em seu texto “A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose” Freud (1924/1969) apontou que, tanto a neurose quanto a psicose, seriam a expressão de uma rebelião do “isso” contra o mundo externo. A diferença seria que, na primeira, a tentativa de reparação do dano se daria às custas de uma restrição do “isso”, enquanto que, na segunda, a reparação da perda da realidade se daria pela sua remodelação. Desta forma estabeleceu que a neurose não rejeita a realidade, apenas a ignora, mas a psicose a repudia e tenta substituí-la (Freud, 1924/1969).

Enquanto para Freud a psicose deriva de um não investimento nos ideais do eu – ideais introjetados psiquicamente como um superego – que ajudariam o eu a dominar o “isso”, para Lacan a psicose estaria relacionada com a não-inserção da criança no registro do simbólico (Martins, 2000).

Lacan apresenta a psicose como resultado da forclusão do nome-do-pai como uma fenda no simbólico, que corresponderia à falta da significação fálica necessária para garantir ao indivíduo sua inserção no simbólico, ou seja, uma participação no mundo de forma devidamente enquadrada e limitada (Martins, 2000).

Vê-se em Martins (2000) que, tanto para Freud quanto para Lacan, a psicose se caracteriza pela falta de controle propriamente humano, cultural e racional, que seria dado pela castração por sobre a natureza original do indivíduo, que, por este motivo, se expressaria de forma desordenada.

Freud foi o primeiro a levar em conta a subjetividade do doente, ampliando o foco da intervenção para além da doença. A psicanálise não veio contestar as descobertas científicas de disfunções orgânicas, mas trazer o foco da doença para o doente, enquanto pessoa que sofre, procurando alcançar o fim deste sofrimento pela compreensão de conflitos intrapsíquicos e interpessoais que sustentam a doença (Uchoa, 1984).

O advento da psicanálise provocou grande impacto na psiquiatria como um todo, visto que, até então, esta vinha sendo formulada em termos puramente descritivos e superficiais, baseando-se em dados fornecidos pelas ciências naturais e biomédicas. A partir deste ponto, fatores psicogênicos começaram a ser considerados.

A aceitação de causas ambientais de tipo físico, familiar e social na gênese das síndromes psiquiátricas representou um avanço, na medida em que a psiquiatria, preocupada em diagnosticar e classificar, não muito fazia do ponto de vista terapêutico em relação ao paciente (Uchoa, 1984).

Apesar de todo o esforço de Freud, Lacan e muitos outros psicanalistas, todas essas posições e fundamentações teóricas tentaram delimitar a complexidade do fenômeno chamado psicose, mas os estudos históricos e genealógicos demonstram que é impossível manter uma

concepção única sobre o fenômeno da loucura, sua evolução ou sua categorização (Costa, 2003).

Costa (2003) afirma que a história da loucura é a história da complexidade dos caminhos da estruturação do indivíduo humano, defendendo que é necessário que se abandonem termos imprecisos em prol de uma outra compreensão do que seja o “sofrimento psíquico humano” (p.72).

Para ele, é necessário constatar não só a extrema heterogeneidade das formas clínicas das “psicoses” ou “loucuras”, mas também a impossibilidade de compreensão da psicose como uma entidade única, ou mesmo como uma entidade nosográfica.

Acompanhando este pensamento, vemos que, enquanto as experiências psicanalíticas tomavam corpo, desenvolvia-se um movimento que questionava a própria noção de “patologia mental”. Este movimento apontava que a rejeição dos inutilizáveis, como eram considerados os portadores de transtornos mentais, seria somente uma forma extrema do caráter violento e desumano das relações de produção e que, para além disso, o tratamento deveria reorientar-se no sentido de restaurar a capacidade do paciente de exercer o direito humano de atuar por si mesmo e sobre a instituição em que vive (Diatkine, Quartier-Frings & Andreoli, 1993).

Ao considerarmos outros elementos que vão além das abordagens nosográficas da loucura, encontramos teóricos que fortaleceram outros valores relativos ao sujeito em sofrimento mental, colocando a questão das psicopatologias ao lado destes novos valores.

Basaglia, pioneiro italiano da Reforma Psiquiátrica, propôs uma nova abordagem psiquiátrica, com foco em experiências de desinstitucionalização, implantando este modelo em Gorizia e, posteriormente em Trieste, experiências estas que até hoje encontram continuidade. Ele defendia que, não só o hospital psiquiátrico deve ser suprimido, mas tudo o

que ele representa. Deve-se, portanto e entre outras coisas, permitir que o paciente assuma responsabilidade sobre seu tratamento e se reintegre na sociedade (Diatkine et al, 1993).

Basaglia (1991) coloca que, na medicina, o encontro entre médico e paciente ocorre no corpo do paciente, considerado um objeto de estudo em sua pura materialidade. Para ele, até mesmo as teorias psicodinâmicas que tentaram encontrar o sentido dos sintomas mantiveram o caráter de objeto do paciente, não enquanto corpo, mas enquanto pessoa.

Basaglia (1991) defende que para relacionar-se com um indivíduo é preciso que ele seja considerado independentemente do rótulo que o define. É necessário que se negue tudo o que possa dar um sentido pré-definido ao comportamento diante do doente e se enfoque este sujeito colocando sua doença entre parênteses, pois a definição da síndrome já assumiu o peso de um juízo de valor que ultrapassa os sentidos da própria doença.

A proposição defendida por Basaglia não pretende negar que o sujeito possa ser ou estar doente, o importante para o autor é levar em conta a representação que se tem daquele sujeito, sua realidade social e como ele interage com ela.

A partir desta proposição, a imagem do louco foi substituída pela do sujeito em sofrimento. Diante do problema da esquizofrenia, esta transformação implicou numa maior tolerância com o diferente por parte da sociedade e uma acessibilidade maior do esquizofrênico a diversas outras abordagens psicoterapêuticas.

Embora se esteja atento a questões científicas sobre os pacientes reunidos sobre o rótulo da esquizofrenia, hoje em dia há uma preocupação também com aspectos humanos e éticos de sua situação, que ultrapassam o foco puramente psiquiátrico (Diatkine et al, 1993).

Desviat (1999) afirma que, perdida a onipotência médica sobre a doença mental, a abordagem passou da cura para o cuidado, para a implantação de técnicas que aumentem capacidades e habilidades e os níveis de autonomia e qualidade de vida dos pacientes.

Ele demonstra, contudo, que é preciso levar em conta alguns elementos particulares da própria patologia, em especial da psicose. Visto que mesmo com a desinstitucionalização a cronicidade persiste. Para compreender os quadros psicopatológicos para além do foco biomédico, é preciso considerar a questão da cronicidade, por exemplo, enquanto resultante também do processo de institucionalização.

Este autor define o paciente crônico como “aquele que padece de uma doença que se prolonga no tempo e que afeta sua qualidade de vida, limitando suas capacidades e tornando-o dependente de atendimento sanitário e social” (Desviat, 1999, p. 89).

Para ele, a compreensão da cronicidade psiquiátrica remete à evolução de uma doença, à sua duração e persistência e também ao processo de segregação sofrido pelos doentes e estabelecido nas formas de atendimento às quais foram submetidos.

Outro aspecto que merece destaque é a introdução dos psicofármacos no conjunto de terapêuticas disponibilizadas ao doente mental. Os primeiros psicofármacos surgiram por volta dos anos cinquenta, como a clorpromazina, e trouxeram uma evidente minimização dos sintomas psiquiátricos, possibilitando que outras abordagens substitutivas à internação psiquiátrica fossem trazidas para o cenário da atenção à saúde mental.

Segundo Aguiar (2004, citado em Guarido, 2007), a posterior ênfase na medicalização foi motivada por questões econômicas envolvidas no incentivo de pesquisas americanas em psiquiatria. Nesse sentido, houve uma banalização tanto na atribuição de diagnósticos psiquiátricos quanto na medicalização de sintomas. Este movimento levou a uma rotulação indiscriminada de comportamentos como sendo patológicos, o que justificaria o uso das medicações (Guarido, 2007).

Frente a isto, Guarido (2007) não rejeita o uso de psicofármacos enquanto estratégia terapêutica, reconhecendo sua legítima aplicabilidade, no entanto ela evidencia a crescente

indicação e uso de psicofármacos, denunciando ainda a existência de um discurso hegemônico, que naturaliza o sofrimento e responsabiliza o indivíduo por sua ocorrência.

Sobre este tema, Delgado (1991) argumenta que se deve respeitar as multiplicidades e aspectos de cada indivíduo, pois as dosagens padronizadas por diagnósticos ajudam a despersonalizar e coisificar o sujeito. Além disso, como o diagnóstico dirige a terapêutica medicamentosa, o indivíduo fica imobilizado em rótulos e categorias que o tornam impotente e alheio à condução do seu tratamento.

Tendo sido apresentadas várias abordagens acerca da loucura, que evidenciam a existência de paradigmas assistenciais distintos, como o biomédico, o psicológico e o psicossocial, há que se ressaltar ainda as conseqüências destas diversas abordagens para os sujeitos em sofrimento mental. O capítulo seguinte dará ênfase à questão da institucionalização.

Capítulo 2 - O Manicômio

Depois de compreender os aspectos históricos relativos à construção da loucura, é importante apreender como são e como funcionam as instituições psiquiátricas, que foram legitimadas com espaço de cuidado dos loucos, bem como as implicações deste tratamento à subjetividade dos indivíduos nelas confinados. Faz-se necessário, portanto, entendê-las de modo mais amplo.

As instituições ou estabelecimentos sociais, segundo Goffman (2003), são ambientes destinados à realização de atividades de determinado tipo por um conjunto de pessoas. Em termos gerais, instituições são “grupos sociais oficiais” ou o “sistema de regras que determinam a vida destes grupos” (Lapassade, 1983, citado em Bisneto, 2000, p. 297- 8).

A instituição, como lugar de contradição e de conflito, é analisada por diversos teóricos, a partir de suas determinações internas, visando a sua transformação. O estudo desta categoria é de extrema importância, visto que, de acordo com Bisneto (2000), o ponto nodal da transformação social é a instituição.

A instituição não se limita a um local ou uma organização, “é um conjunto de práticas sociais, configuradas na apropriação de um determinado objeto, sobre o qual reivindica o monopólio, no limite com outras práticas.” (Guirado, 1987, citado em Bisneto, 2000, p. 298). O objeto em questão não é algo material, mas imaterial, impalpável, pois é esse caráter que facilita a sua apropriação pela instituição (Albuquerque, 1980 citado em Bisneto, 2000).

As instituições variam de acordo com sua abertura ou fechamento, na medida em que permitem ou não a relação de seus integrantes com o mundo externo. As instituições totais são estabelecimentos que agrupam uma quantidade de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade por um determinado período. Desta forma, podem ser consideradas instituições fechadas (Goffman, 2003).

Nelas, as esferas da vida do indivíduo estão limitadas a um único espaço e a um mesmo grupo de convívio, que está submetido a um tipo de tratamento e regras semelhantes, formalmente estabelecidas e explicitamente supervisionadas pela equipe dirigente (Goffman, 2003).

Visto que neste trabalho pretende-se abordar em maior profundidade os estabelecimentos psiquiátricos, a descrição se aterá aos aspectos peculiares destas instituições totais, destinadas ao cuidado de pessoas consideradas incapazes de fazê-lo por si só e ainda reconhecidas como ameaçadoras à comunidade, embora não intencionalmente (Goffman, 2003).

Nestes locais, os indivíduos diagnosticados como portadores de transtornos mentais são internados e colocados à parte da sociedade, numa tentativa de que deste modo tenham seu estado mental restabelecido. Vê-se que o diagnóstico assume assim “o valor de um rótulo que codifica uma passividade dada por irreversível” (Basaglia, 1991, p. 108). Nos manicômios, a autoridade é atribuída àqueles que dominam o conhecimento da doença, enquanto ao doente cabe a aceitação passiva do papel de objeto.

Para Foucault, todas as práticas institucionais supõem relações de poder (Foucault, 2006). Para Basaglia (1991) o que caracteriza este tipo de estabelecimento é justamente a divisão entre aqueles que detêm o poder e aqueles sobre os quais o poder é infligido, na forma de violência e exclusão.

Os doentes, pelo próprio fato de estarem internados em uma instituição psiquiátrica, tornam-se cidadãos sem direitos, entregues ao arbítrio da equipe dirigente. As formas de dominação que se estabelecem não são naturais, nem contratuais, são construídas enquanto técnicas de ação sobre a ação dos outros e determinadas historicamente na sociedade (Foucault, 2006).

Ao ingressar em uma instituição como esta, o indivíduo sofre diversos danos subjetivos. Cada um traz consigo uma organização de vida e um funcionamento a ela adequado até então,

mas a partir do momento em que é internado o sujeito passa a ser afastado de sua concepção de si mesmo, que anteriormente lhe permitia ajustamento e defesa frente às situações cotidianas (Goffman, 2003).

Caso a estada na instituição seja muito prolongada, o indivíduo está sujeito ao que Goffman denomina “desculturamento” para lidar com estas tarefas, ou seja, o seu eu é sistematicamente mortificado, por uma série de degradações, humilhações e rebaixamentos (p.23).

Há várias formas de mortificação do sujeito presentes no contexto de uma instituição total, sendo que um dos seus ataques mais diretos ao eu é a barreira colocada entre ele e o mundo externo, o que o separa bruscamente de seus papéis sociais. Esta ruptura o afasta de conceitos anteriores que o definiam como pessoa, contribuindo para a perda da sua identidade e sua objetificação (Goffman, 2003).

Isto ocorre porque, no manicômio, o doente é tomado como centro do problema e isolado em relação ao meio familiar e social. É ao sujeito que se dirigem todas as intervenções, mais especificamente a seu organismo - objeto quase exclusivo das ações de tratamento (Costa-Rosa, 2001).

Os processos de admissão são outra forma de mortificação, que têm por objetivo o enquadramento do sujeito à instituição (Goffman, 2003). Ao ser admitido em um hospital psiquiátrico, o paciente sofre diversas perdas, a saber: de objetos pessoais, referências, e mesmo do seu próprio nome. O seu eu é, desta forma, mutilado.

Todas as substituições proporcionadas posteriormente à retirada dos bens pessoais são padronizadas, portanto impessoais (Goffman, 2003). O paciente recebe um uniforme, ao mesmo tempo em que perde suas roupas e peças íntimas. É subtraído, ainda, de qualquer tipo de adorno que afirme sua individualidade, tornando-se, desta forma, meramente um objeto da máquina administrativa.

O processo de despojamento ao qual o internado é submetido quando ingressa numa instituição revela o rebaixamento da posição do mesmo, que provoca nele uma sensação constante de fracasso pessoal.

Durante a internação, o controle dos pacientes, como objetivo primeiro da instituição, justifica ações violentas. Algumas delas ocorrem fisicamente, como surras, contenções, eletro-choques ou cirurgias. Algumas ocorrem moralmente, por exemplo, pela obrigação de comportar-se de forma humilhante, portando-se com deferência frente à equipe e submetendo-se a atos de desrespeito e desconsideração (Goffman, 2003).

Os internados podem sofrer também imposições quanto a comportamentos e contatos interpessoais indesejados, desta forma as invasões às quais são submetidos, que se estendem desde a realização de exames e uso de medicações a refeições e acomodações inadequadas, violam o território de seu eu numa exposição violenta (Goffman, 2003).

Outras fontes de mortificação menos explícitas são definidas por Goffman, demonstrando a invalidação subjetiva a que estão expostos os pacientes dentro de um asilo psiquiátrico, uma delas é o chamado “circuito”.

Este processo se estabelece na medida em que os sujeitos, ao reagirem de forma defensiva diante de um ato considerado opressor ou violento, valendo-se de reações comumente reconhecidas como legítimas noutro contexto social, têm nesta reação outro motivo de punição. Assim, seus atos se voltam contra eles, forçando-os a resignarem-se diante de situações hostis (Goffman, 2003, p.40).

Neste contexto, só resta aos indivíduos manterem-se passivos aos atos violentos do manicômio, uma vez que qualquer reação se configura numa justificativa para uma nova agressão.

O paciente psiquiátrico perde o seu poder de argumentação e conseqüentemente a noção de ser alguém a ser considerado. Sua fala pode ser tomada como simples sintoma ou mesmo

sumariamente ignorada. Mesmo quando requisitado a falar, pode ser contestado por meio de análises simultâneas de aspectos não-verbais, tornando a pergunta retórica, o que contribui para a produção de um sentido de ineficiência pessoal (Goffman, 2003).

Neste ambiente, são isolados do seu contexto relacional e histórico elementos do discurso do paciente para transformá-los em sinais objetivos estáveis, desvalorizando a mensagem consciente e lhe conferindo um significado orientado no sentido de confirmar seu diagnóstico. O paciente é assim desqualificado enquanto interlocutor (Diatkine, Quartier-Frings & Andreoli, 1993).

A interdição do diálogo produz um discurso que fixa o usuário à imobilidade, ele é excluído de “qualquer participação que não seja a de objeto inerte e mudo” (Costa-Rosa, 2001, p.159).

Nos manicômios, é enfatizado o uso da terapêutica medicamentosa como meio básico de intervenção, pois a psiquiatria, considerando o seu objeto como puramente orgânico, desconsidera quase que completamente a existência de um sujeito que deseja e que pode ser participativo (Costa-Rosa, 2001, p.159).

Neste sentido, Basaglia (1991) reporta-se ao uso da medicação, enfatizando sua dupla utilidade, quando atende ao paciente na redução de seus sintomas e quando atende à equipe, mantendo o paciente numa posição de maior passividade.

Nas instituições em questão, o processo de controle social é extremado, violentando a autonomia do sujeito. O internado precisa pedir permissão ou acesso aos instrumentos necessários às suas atividades, colocando-se numa posição submissa, sempre intermediado em suas ações por qualquer um da equipe (Goffman, 2003).

Esta autoridade difusa, que atinge todas as esferas da vida do sujeito, produz um estado de angústia crônica quanto às conseqüências da desobediência às regras, e mesmo quanto à

interpretação de seus comportamentos, sendo que estados de humor podem ser usados como prova de um estado psiquiátrico (Goffman, 2003).

Um exemplo mais extremo da perda da autonomia é a impossibilidade de movimentar-se livremente, seja por estar contido em uma camisa de força ou trancado em quartos ou enfermarias. Em todos os casos, o internado é forçado a renunciar a sua vontade própria.

A mortificação do internado é, em todas as instituições totais, racionalizada com o interesse ideal da instituição que é controlar a vida de um grande número de pessoas socialmente perturbadoras. No sentido do controle, vê-se empregar um esquema comportamental de condicionamento por meio de privilégios e castigos, estes últimos aplicados como consequência da desobediência às regras. Tal esquema assegura a autoridade da equipe sobre os pacientes (Goffman, 2003).

Os privilégios são coisas anteriormente correntes na vida do internado, colocadas agora como possibilidades de reconquistas, que segundo o Goffman (2003), possuem efeito reintegrador, pois restabelecem as relações com o mundo e com o eu perdidos. Por este motivo, é possível que ocorra uma fixação do paciente em torno dos privilégios, conseguindo-se dessa forma a cooperação de quem tem razões para não cooperar, na medida em que o paciente se veja frente à possibilidade da preservação ou retirada de privilégios ou ainda diante da possibilidade de sofrer novas punições ou castigos.

Para Goffman (2003), os processos de mortificação e o sistema de privilégios constituem as situações as quais o internado tem que se adaptar. Para tanto, podem ser empreendidas diferentes formas individuais de adaptação, além de esforços de ações coletivas.

Basaglia (1991) afirma que uma instituição à qual não se pode opor, na qual cabe ao indivíduo apenas aderir à ordem, só permite uma possibilidade: o refúgio no delírio. O doente que já sofre a perda de liberdade ligada à doença, após perder sua identidade, incorpora a

imagem de si que lhe foi imposta pela instituição, desta forma adere a um novo corpo, um corpo institucionalizado. Quanto a isso Machado (2006, p.13) salienta:

Impotentes diante da repetição de rotinas hospitalocêntricas, massificadoras e de uma conseqüente indiferenciação de suas personalidades por práticas quase sempre castradoras, os pacientes vêm-se em uma situação de perda progressiva de suas habilidades e de agravamento de suas limitações.

A experiência de internação afeta dramaticamente a concepção de eu do internado. Portanto, a finalização do processo advinda da possibilidade de alta pode produzir neste sujeito uma sensação de angústia, que pode ser atribuída ao seu receio quanto à possibilidade ou não de reabilitação ao mundo externo (Goffman, 2003).

Tendo sido subtraído de seus mecanismos auto-reguladores para o ambiente exterior, e condicionado a novas formas de comportamento, Goffman (2003) acredita que o paciente provavelmente manterá espontaneamente os padrões da instituição. Os sentimentos nele gerados pela experiência de internação poderão ser gradativamente enfraquecidos frente às possibilidades do mundo externo, porém há algo que é conservado desta vivência.

Na medida em que sua posição social é dramaticamente alterada dentro da instituição, também o é fora dela. Ao sair, o internado terá ainda que lidar com a carga do estigma da internação, que afeta definitivamente sua posição na sociedade (Goffman, 2003).

Além disso, o processo de institucionalização, que tem início no manicômio, não se limita a ele. Machado (2006) afirma que este processo avança incrustando nos sujeitos, manifestando-se e reproduzindo-se nas relações que se estabelecem para além dos muros do manicômio.

Capítulo 3 - Relato de uma Experiência

Com interesse em demonstrar a correspondência entre teoria e prática, será relatada neste ponto uma experiência de atuação em saúde mental, vivenciada durante uma atividade de extensão ao curso de graduação em psicologia. Para o presente registro, optou-se por, a partir de agora, utilizar-se a narração em primeira pessoa.

No início do ano de 2008, me inscrevi para participar de uma atividade de extensão em saúde mental. Já tendo conhecido anteriormente o Instituto de Saúde Mental - ISM, optei por ingressar naquela instituição como estagiária, atividade esta a qual dediquei oito horas semanais, divididas em dois turnos de quatro horas. Ao chegar ao ISM, coloquei-me a par do funcionamento global da instituição e das atividades ali realizadas, para que a partir de então pudesse encontrar uma área de atuação. Segue-se uma descrição das características estruturais e funcionais da instituição em questão.

3.1 O Espaço Físico da Instituição

O ISM, localizado na cidade satélite Riacho Fundo, é uma unidade de atenção à saúde mental que integra a rede de serviços da Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal - SES/ DF. Inaugurado em 1987, surgiu como uma modalidade de atendimento substitutiva à internação integral, funcionando em modelo de hospital-dia e posteriormente efetivada como Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Esta instituição funciona em uma área distante do centro da cidade, rodeada por uma grande reserva ecológica e é, portanto, um local de difícil acesso. Esta foi a característica que primeiro me chamou a atenção.

Levando em conta que a loucura incomoda por ser diferente, e ainda que “aquilo que não se vê não se sente”, como reza o ditado, pude compreender a função deste isolamento. Sua

localização estrategicamente afastada do centro urbano remete à idéia da segregação do louco evidenciada na literatura.

Assim é o ISM, uma instituição que não se vê, repleta de pessoas sobre as quais a sociedade prefere não tomar conhecimento.

Toda a estrutura é cercada por uma vasta vegetação típica do cerrado, em meio a qual existe uma casa, onde funciona o CAPS I do ISM, que, conforme o regimento interno de 1998, destina-se a oferecer assistência a pessoas com mais de 18 anos de idade portadoras de transtornos mentais.

A chamada “Casa Grande” possui diversas salas, por onde circulam funcionários e pacientes. Em um primeiro momento, não pude distingui-los, por estarem todos vestidos da mesma forma, sem uso de jaleco e crachá entre os membros da equipe, ao contrário do que se observa em instituições psiquiátricas clássicas.

A beleza externa do local não reflete seu estado interno. Há infiltrações nas paredes, manchas e buracos. Alguns banheiros não têm portas, outros não têm luz, água ou assentos nos sanitários, denunciando a debilidade da estrutura.

Ao redor da Casa Grande, existe uma quadra de esportes, uma piscina e algumas pequenas edificações onde estão instalados os demais serviços, como administração, direção, sede do grupo de pacientes crônicos do CAPS, Núcleo de Educação Permanente em Saúde, “Residência Terapêutica” e refeitório.

Funcionam nas dependências do ISM, em edificações próprias, o Laboratório de Fitoterapia da SES/DF e a Associação dos Amigos dos Autistas do DF – AMA (sem vínculo funcional com a Instituição).

Há ainda um grande galpão denominado “Querência dos Maragatos”, onde costumam ser realizadas atividades coletivas. Há também uma marcenaria (que no momento está desativada), uma piscina mineral e dois outros prédios desativados.

3.2 O Funcionamento da Instituição

O CAPS funciona com quatro grupos de usuários, atendidos por uma equipe multidisciplinar, formada por um enfermeiro, técnicos de enfermagem, um psiquiatra, um psicólogo e nutricionista e assistente social de referência.

Prestam serviço à instituição, ainda, agentes administrativos, agentes de portaria, motoristas e farmacêuticos; os auxiliares de limpeza e vigias, bem como os servidores da firma de alimentação, são prestadores de serviço de firmas contratadas (serviços terceirizados).

No CAPS os usuários participam de reuniões grupais e familiares, grupos de medicação, consultas individuais, atividades coletivas e oficinas terapêuticas, como terapia corporal, terapia comunitária, informática, grupo de convivência, coral, cinema, oficina de criatividade, artesanato, esporte, horticultura e mosaico.

A instituição funciona de segunda a sexta-feira, das oito horas da manhã às seis da tarde, oferecendo aos usuários quatro refeições diárias e transporte de ida e volta. Alguns freqüentadores comparecem diariamente, outros apenas semanal ou quinzenalmente e participam de atividades conforme seu projeto terapêutico individualizado - PTI.

O PTI tem por objetivo apontar as abordagens terapêuticas adequadas às condições de cada usuário, bem como definir estratégias pertinentes à sua reabilitação, todas traçadas em conjunto pela equipe multidisciplinar de referência, usuários e seus familiares (Machado, 2006).

Como podemos perceber, à primeira vista, esta estrutura não se assemelha a uma instituição manicomial, por focalizar o sujeito em sofrimento, priorizando ações para sua reinserção social e sua reabilitação psicossocial através da interlocução entre usuário, equipe, e população (Machado, 2006).

Constata-se, no entanto, que no ISM, a perspectiva institucional da tutela ainda resiste, e em muitas situações é possível presenciar atos violentos de coerção e humilhação dos pacientes. Vê-se que, ainda que seja um princípio da instituição o tratamento voltado à reabilitação, parte da equipe não compartilha dos esforços no sentido da humanização do cuidado, o que pude constatar em diversas ocasiões como exemplificarei posteriormente.

Uma característica fundamental das instituições manicomiais é a invalidação subjetiva do paciente, que tem sua fala ignorada e seu poder de argumentação anulado em função do rótulo da doença. Esta perspectiva não foi ainda suplantada. Em uma de minhas visitas ao ISM, pude constatar isto com clareza.

Um usuário de longa data do serviço mostrava-se à vontade em minha presença, trazendo através da fala, muito de seu conteúdo delirante. Um membro da equipe, ao presenciar um destes diálogos, pediu ao usuário que se calasse, denominando sua fala de “maluquice”. Eu interferi, argumentando que não havia problema algum em nossa comunicação, mas a funcionaria insistiu, justificando que aquele paciente sofria de um transtorno psicótico muito grave e que sua fala não tinha significado. Isso foi dito na presença do usuário, como se ele não estivesse ali ouvindo ou que não pudesse compreendê-la.

Esta situação ilustra a questão da violência moral apontada na literatura, pela subjugação do indivíduo em sofrimento psíquico frente à instituição.

Outro aspecto relevante observado em minha vivência refere-se à autonomia dos sujeitos em sofrimento mental, que deveria ser o foco do cuidado em um CAPS. Não é isso, porém, que se observa no ISM.

É comum que os usuários peçam permissão aos funcionários para irem de um lugar a outro. Durante as oficinas, por exemplo, pedem para deixar o local ou para irem ao banheiro. Em muitas das tentativas, os usuários têm seus pedidos negados. Além disso, portam-se com

deferência frente a membros da equipe, como por exemplo, chamado-os de senhor, senhora, doutor ou doutora, independente da função por eles desempenhada.

Este fato evidencia uma postura de infantilização dos usuários que é reforçada pela atitude autoritária dos técnicos, demonstrando a assimetria da equipe em relação aos usuários.

Outro problema que pude verificar é que o ISM distanciou-se de seu projeto terapêutico institucional original, que tinha como foco a ressocialização. O ISM, fechado em si mesmo, mantendo o usuário numa rotina voltada para o espaço da instituição, não propicia vivências que busquem ultrapassar os limites da unidade.

Como trazido por Saraceno (2001), a cidadania do paciente vai além da garantia de seus direitos civis, pois requer “a construção de seus direitos substanciais. É dentro desta construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível” (p.18).

Para Saraceno (2001), o trabalho, como um meio de auto-realização, está na base do processo de reabilitação, auxiliando na restituição subjetiva do sujeito e fortalecendo sua individualidade.

No ISM, a produção e a troca de mercadorias e valores não são incentivadas. Se no passado o trabalho já foi um instrumento de reabilitação utilizado pela instituição, por meio das oficinas produtivas, atualmente esta orientação não é mais foco do cuidado.

A Cooperativa Beneficente e Social da Saúde Mental – CABESSA, instituída em 1993, que tinha como objetivo a reinserção dos usuários no mercado de trabalho (Machado, 2006), por meio das oficinas de marcenaria, serigrafia, tear e costura, foi nos últimos anos diluída e outras iniciativas não foram implementadas.

Saraceno (2001) considera imprescindível para a desinstitucionalização que, além do trabalho, se construa uma rede social de trocas e reconhecimentos, uma vez que sua ausência é uma das causas da desabilitação do sujeito.

Não se vê, ainda, o investimento no sentido da reinserção dos usuários no contexto comunitário ou mesmo familiar. Considerando que já houve no ISM tempo em que as famílias e a comunidade eram convidadas a participar de festas e outras atividades culturais e educativas, bem como terapêuticas, e que atualmente estes espaços não existem mais, vê-se que o movimento de fechamento não se resume em manter o usuário em seus muros, mas de manter a comunidade fora deles.

3.3 A Residência Terapêutica do ISM

Existe uma estrutura, localizada nas dependências do ISM, que demonstra de forma mais evidente a presença de aspectos característicos das instituições manicomiais. Mais do que isso, este estabelecimento evidencia a materialização do processo de institucionalização, pelo assujeitamento observado em seus integrantes. É a chamada Residência Terapêutica do ISM. Em Machado (2006), registram-se os acontecimentos descritos a seguir.

Esta unidade surgiu pela emergência da criação de um abrigo temporário, para onde seriam encaminhados 26 pacientes psiquiátricos provenientes de uma clínica psiquiátrica particular, a Clínica de Repouso do Planalto – CRP. A clínica em questão possuía 146 leitos contratados pelo SUS/DF, além de leitos privados, e foi interditada em 2003, por uma ação do Ministério Público do DF, depois de terem sido constatadas irregularidades em seu funcionamento, incluindo maus tratos e desaparecimento de pacientes.

Nesta ocasião, os pacientes do SUS tiveram que ser remanejados para outras instituições, e coube ao ISM receber 26 deles. A princípio, foi improvisada uma enfermaria para receber tais usuários, muitos com mais de cinco anos de internação na CRP e que, em sua maioria, não possuíam mais qualquer vínculo familiar ou social identificáveis.

Havia uma perspectiva de permanência dos mesmos no ISM por um prazo médio de três meses, dado pela Coordenação de Saúde Mental – COSAM – DF, até que os serviços

residenciais terapêuticos pudessem ser implantados pela SES/DF. Esta perspectiva não se confirmou e, em abril deste ano (2008), o serviço completou cinco anos.

Dos 26 usuários encaminhados ao ISM, alguns retornaram as suas casas tão logo suas famílias foram localizadas e outros foram encaminhados a abrigos. Desta primeira clientela, restaram 13, aos quais, recentemente se juntaram outros dois usuários, provenientes de outras instituições.

Os moradores da RT são, em sua maioria, pessoas sem lar e sem referência social e já bastante cronificadas, por seu longo histórico de internações em instituições psiquiátricas, chegando alguns, conforme registros, a quarenta anos de institucionalização.

Eles apresentam perdas de habilidades para auto-cuidado e prejuízo na interação social, necessitando de um grande investimento por parte da equipe para sua reabilitação. Estes indivíduos contrastam em muito com a clientela geral do ISM, constituída de pessoas menos comprometidas psíquica e relacionalmente, que contam com suporte familiar e social.

É importante destacar que, mesmo recebendo o nome de Residência Terapêutica, esta unidade não funciona em consonância com a portaria nº 106 do Ministério da Saúde, de 11 de fevereiro de 2000, que preconiza a criação de serviços residenciais terapêuticos para acolhimento de portadores de sofrimento mental.

De acordo com a Portaria nº 106 do Ministério da Saúde as residências terapêuticas são moradias inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares e que viabilizem sua reinserção social.

Tais serviços devem centrar seus projetos na construção progressiva da autonomia do morador para as atividades cotidianas, habilitando-o para a vida no lar e respeitando sua singularidade e seu espaço individual.

Estas casas podem contar com o trabalho de cuidadores – pessoas que não necessitam ser profissionais da saúde, mas que podem auxiliar os moradores nas atividades de vida prática e diária, como limpeza, alimentação, cuidados pessoais, uso regular da medicação, organização do espaço doméstico, compras de mercado, manutenção do espaço físico e do mobiliário e etc.

Os moradores das RTs devem necessariamente estar vinculados a um CAPS, no qual farão seu acompanhamento terapêutico. A equipe interdisciplinar do CAPS deve fazer a supervisão das casas e o acompanhamento sistemático dos moradores, estabelecendo a frequência das visitas e da supervisão de acordo com o grau de autonomia dos moradores, bem como da permanência dos cuidadores.

É imprescindível que as residências se situem fora dos limites das unidades hospitalares, para que os usuários tenham asseguradas sua liberdade e privacidade e para que não se perca a perspectiva da desinstitucionalização.

O espaço físico destas casas deve abrigar no máximo oito usuários, acomodados em uma proporção de três por dormitório. Deve contar com sala de estar, quartos, copa e cozinha, devidamente equipados e com o mobiliário adequado para o conforto e comodidade dos moradores, além de disponibilizar equipamentos que permitam a execução de tarefas domésticas.

A partir destas considerações, já podemos verificar algumas divergências entre a estrutura em questão e o dispositivo cujo nome emprestou.

Em primeiro lugar, a unidade não se situa na comunidade, ao contrário, funciona nas instalações de um CAPS, e isolada da sociedade. Assim sendo, mantém os usuários institucionalizados, na medida em que conserva diversas características manicomiais, como o enclausuramento e falta de interação social dos moradores.

Além disso, a casa abriga quinze moradores, cinco mulheres e dez homens, quando o máximo permitido seria oito. O ambiente também não se assemelha ao de uma casa, sendo que os sete dormitórios têm características de leitos de hospital, entre os quais fica uma sala de enfermagem e uma copa, às quais os usuários têm acesso restrito.

A casa não conta com cozinha, e as habilidades domésticas não são desenvolvidas em nenhum sentido. Mesmo as cinco refeições as quais têm acesso, possuem cardápio e horário previamente estipulado, dentre as quais o café da manhã, o almoço e o jantar são servidos no refeitório.

Os móveis da casa são reutilizados, provenientes de doações. Os colchões e forros de cama são velhos e rasgados, assim como a maioria das suas vestimentas. Estas, bem como os calçados, foram doadas por pessoas da equipe ou por visitantes, e são distribuídas conforme o arbítrio da equipe.

Como foi demonstrado, esta estrutura se assemelha em muito com instituições psiquiátricas, não se parece com uma casa e também não funciona como tal. Os moradores não têm autonomia, privacidade ou o conforto de um lar. Não decidem nada sobre sua rotina diária, não têm liberdade para ir e vir, não realizam atividades de lazer, e mesmo aqueles que possuem renda não gerem seus recursos. Os usuários permanecem nas dependências da instituição por tempo integral, sendo supervisionados pela equipe em todas as suas ações.

Como podemos observar, a distância entre esta unidade e o modelo proposto é abismal, configurando, sob o nome de um dispositivo substitutivo a internação integral, uma pequena instituição asilar. Como foi demonstrado, a RT, mesmo incorporada ao ISM, possui características muito distintas, estabelecendo-se um grande contraste entre esta estrutura e o CAPS.

Um exemplo deste fato é que a unidade em questão funciona ininterruptamente, contrariando o modelo de atendimento do CAPS. Pelas razões descritas anteriormente, a RT

do ISM, desde sua implantação, produz certa apreensão dentro da instituição, sendo que não há integração entre as equipes ou entre os usuários de um e de outro serviço.

A carência da equipe da RT, no que se refere ao suporte da instituição, é visível. Há um movimento do ISM como um todo de negar a existência da RT, o que reforça o isolamento inclusive da equipe que lá trabalha. Os usuários também não participam sistematicamente das atividades oferecidas pelo CAPS e alguns declaram abertamente sua resistência quanto a isso.

Segue o relato de um acontecimento relevante e que demonstra o isolamento imposto aos moradores do ISM. Em meus primeiros dias de estágio, fui por diversas vezes alertada quanto à periculosidade de tais indivíduos. O receio é tamanho que, freqüentemente, os funcionários do CAPS se exaltam na presença de um dos moradores, que possui histórico de agressividade. Este mesmo usuário já me relatou ter sido agredido antes mesmo de ter tomado qualquer iniciativa e, como pude constatar, é freqüentemente usado como justificativa para o distanciamento dos profissionais de outros setores na RT.

Outro argumento utilizado é a incurabilidade dos pacientes. Alguns declaram que não há nada que se possa fazer por eles, o que os leva a negligenciar os usuários.

Sabemos que os sujeitos cronificados o são em decorrência desta mesma postura, a negligência como resultante da descrença no potencial curativo do paciente crônico. Vê-se que, nos estabelecimentos pelos quais passaram e vivenciaram estas mesmas questões, eles foram tão sistematicamente mortificados que acabaram por aderir ao corpo da instituição. Pelo que pude constatar, o ISM evidencia uma repetição dos padrões manicomiais.

Numa proposta ressocializante de cuidado, o papel da equipe deveria orientar-se no sentido de prover aos usuários possibilidades de retomada do seu poder pessoal, de sua autonomia, de enriquecimento de suas subjetividades, da valorização das suas singularidades e conseqüente melhora da sua qualidade de vida.

Não deveriam os pacientes ser mais uma vez violentados, subtraídos do seu direito de existir, como verificado em várias atitudes da equipe, presenciadas por mim, que evidenciam a existência de preconceito com relação aos moradores da RT.

Esta situação é percebida em diversas circunstâncias, evidenciando, para além das posturas individuais, uma postura institucional de não reconhecimento da RT e de seus moradores como responsabilidade da instituição. Como consequência disso, não há investimento em projetos terapêuticos para os mesmos.

A falta de reconhecimento e de investimento demonstra, em última instância, a omissão da instituição para com os moradores da RT. Não havendo uma mudança no curso atual, não será possível a reabilitação dos moradores, que estarão fadados a passar o resto de suas vidas confinados, até que desapareçam silenciosamente, como silenciosa já é sua existência, restrita a este lugar socialmente invisível.

Ao me confrontar com os contrastes do ISM, optei por me colocar a serviço dos moradores, reconhecendo que, mesmo minimamente, o investimento naquelas pessoas institucionalizadas e seriamente comprometidas seria frutífero.

De fato, após estes meses de trabalho, reconheço que minha atuação promoveu certa mudança que foi positiva tanto para os moradores – que tiveram algumas condutas modificadas, quanto para mim que tive um grande aprendizado.

Em minha relação com os usuários, pude apreender algo da singularidade de cada um. Neste ponto, ficou mais clara para mim a impossibilidade de simplificação do sofrimento psíquico grave enquanto uma categoria nosográfica.

Se se pudesse remontar a história de vida de cada um, talvez se evidenciasse que aspectos relativos à condição de vida, relações sociais e abordagens terapêuticas inadequadas foram mais determinantes para sua degeneração que os sintomas que possivelmente tenham apresentado em alguns momentos de suas vidas.

Mesmo diante de manifestações consideradas psicóticas e das hipóteses diagnósticas já estabelecidas (dadas, muitas vezes, aleatoriamente – o que se verifica nas divergências diagnósticas de um avaliador para outro), não se estabelece uma coerência entre os casos, sendo que os pacientes apresentam condutas diferenciadas, que têm em comum apenas a segregação e marginalização social.

Se por um lado os diagnósticos não possuem a concretude devida, por outro, não é possível negar a debilidade e a degradação de cada um daqueles sujeitos, por vezes meros corpos, que me revelavam a transformação descrita por Basaglia, da existência em ausência do sujeito institucionalizado.

Os usuários, ao chegarem ao ISM, manifestavam em seus comportamentos o processo de institucionalização ao qual foram por tanto tempo expostos. Machado (2006) argumenta que no manicômio, se os pacientes não são estimulados à higiene e já não conseguem realizá-la, são negligenciados. Assim, vão perdendo aos poucos a referência da auto-imagem, da auto-estima, que não resiste ao abandono.

Ela coloca que, no ambiente asilar, se não há o espaço adequado para as refeições, se os pacientes não são levados à mesa para as refeições, agacham-se no chão e alimentam-se como bichos, porque suas boas maneiras, se algum dia lhes foram ensinadas, aos poucos vão dando lugar aos degradantes recursos de que dispõem, não permitindo que se reconheçam mais como seres humanos, bem como aos demais (Machado, 2006).

Machado (2006) argumenta que, em um espaço de privação absoluta, os indivíduos vivem como selvagens, predominando entre eles a lei das selvas. Assim, os fortes predominam sobre os fracos, que se tornam submissos, resignados “doentes, sujos, babando, gritando, prontos a se baterem por uma guimba; ou então silenciosos anos a fio [...] antes coisas do que homens” (Basaglia, 1985, citado em Machado, 2006, p. 106).

Um fato em particular merece atenção, no sentido de ilustrar a extrema degradação humana decorrente do tratamento manicomial a que os usuários da RT foram expostos.

Ao me apresentar para um morador, perguntei a ele o seu nome, este me respondeu: Matias¹. Logo fomos interrompidos por um técnico, que o corrigiu dizendo que seu nome não era Matias, mas Antônio². Nesta ocasião, e por diversas outras vezes, tornei a perguntar a ele o seu nome, e ele respondia sempre da mesma forma. Ao ouvir chamarem por Antônio ele atende, dizendo que tanto faz ser Matias ou Antônio.

Esta situação demonstra o processo de mortificação do sujeito institucionalizado descrito por Goffman. Este Antônio, ao ser encaminhado a CRP, seguiu com a documentação trocada, levando o relatório de outro paciente que se chamava Matias. Por nove anos foi chamado pelo nome errado, até que se conformou com ele, não questionando mais os técnicos – o que fazia nos primeiros momentos de sua internação. Por tanto tempo sendo chamado de Matias, Antônio chegou a não saber o seu próprio nome, respondendo à aniquilação feita a sua individualidade.

A equipe que recebeu os pacientes, diante de tamanha deterioração, deu início a um enorme processo de humanização, visto que chegaram ao ISM completamente animalizados. Empenhou-se, ainda, na busca de referências, documentações e benefícios, visando ao resgate da cidadania dos usuários.

Como as ações terapêuticas desenvolvidas junto aos usuários desta unidade ficam a cargo, quase que inteiramente, dos auxiliares de enfermagem, o enfoque do atendimento está na satisfação de suas necessidades básicas, como alimentação, higiene e medicação.

A princípio, a equipe se ocupou em garantir suporte nutricional adequado aos pacientes, preocupando-se em eliminar patologias cutâneas e prover apoio para realização das atividades

¹ Nome fictício.

² Nome fictício.

cotidianas, incluindo banho, alimentação e eliminações (Machado, 2006). Outro investimento da equipe foi na educação dos moradores para a saúde, como pode ser verificado nos prontuários e nos relatórios de enfermagem da unidade.

Desde então, foram obtidos muitos progressos nesse sentido, pois hoje os usuários sabem identificar seus leitos, já possuem roupas de uso privativo – quando antes eram de uso coletivo. São capazes de realizar tarefas de auto cuidado e possuem hábitos mais saudáveis. Vê-se, portanto, que o trabalho de reabilitação alcançou algum êxito no que se refere à reumanização dos usuários. Chegando neste ponto, porém, estagnou-se, não progredindo para reinserção social.

Atualmente, têm sido tentadas algumas iniciativas específicas neste sentido, como a realização de eventos com a presença de voluntários da comunidade para proporcionar aos moradores momentos de interação e lazer.

Nestas ocasiões, ou durante atividades externas, pudemos observar reações muito positivas por parte dos usuários. Os mesmos exibem comportamentos diferenciados, cooperando uns com os outros e interagindo melhor, dando também maior abertura para intervenções terapêuticas e suplantando o caráter de passividade frente à instituição.

Tal fato evidencia que os moradores respondem ao investimento feito e que as ações no sentido da sua ressocialização deveriam ser constantes para que se perpetuassem os ganhos, caso contrário corre-se o risco de que se retroaja no que já foi conquistado.

Mesmo levando em consideração os avanços obtidos junto aos moradores, fica claro que as limitações da unidade impossibilitam a desinstitucionalização dos sujeitos ali abrigados. O papel da RT do ISM deve se orientar no sentido de oferecer um ambiente de preparação para a vida fora da instituição, que será alcançado, quiçá, com a implantação das RTs como preconizadas na legislação.

Conclusão

A história da humanidade é escrita em função da evolução do conhecimento, pois a sociedade progride na medida em que constrói e reconstrói saberes e práticas acerca da vida, do mundo e do próprio homem.

A conduta humana e todas as suas variações foram, desta forma, objeto de estudo ao longo das épocas. E a loucura, como a mais incompreensível de suas possibilidades, configurava um enigma sobre o qual foram formuladas as mais diversas explicações. Tais ideologias foram construídas em contextos sócio-históricos específicos, e só podem ser compreendidas, portanto, por meio da análise das diversas forças envolvidas, como a economia, cultura, religião, política e organização social.

A desconstrução conceitual da loucura, como foi proposta neste trabalho, se faz necessária para o progresso social, tendo em vista que as instituições são mecanismos muito poderosos, que apropriam um objeto e naturalizam sua existência.

A instituição aqui debatida foi a psiquiatria, como conjunto ideológico fundamental na objetificação da loucura. Por meio da revisão histórica, observou-se que tal legitimação teve sua funcionalidade dentro de um determinado contexto, e que hoje, alcançado um maior nível de crítica social, faz-se necessário repensar os padrões teóricos e metodológicos relativos ao sofrimento mental.

Há na literatura que a afirmação da doença mental baseia-se tão-somente na autoridade médica, numa tomada de decisão ética e política, e não em uma descoberta empírica da medicina. Desta forma, as categorias nosográficas derivam de uma convenção dos médicos modernos como cientistas, encontrando nelas a justificativa para a tutela e para todo tipo de coerção exercida sobre o sujeito institucionalizado (Szasz, 1978).

O aparato manicomial, sustentado em grande medida pela psiquiatria, valeu-se de ferramentas cruéis de segregação, pois, sob a égide do discurso humanitário do cuidado,

violentou e destruiu sujeitos, culpabilizando-os por seu sofrimento e punindo-os por sua inadequação aos padrões sociais, haja vista o manicômio, que aniquila, destrói individualidades, retira o poder contratual e a autonomia dos sujeitos.

Como foi analisado neste trabalho, as consequências subjetivas do enclausuramento psiquiátrico ficam evidenciadas e transcendem às derivações psicopatológicas previamente postuladas.

Neste sentido, a cronificação como a perda máxima das habilidades subjetivas não deriva simplesmente de um estado psíquico, considerando que a institucionalização do sujeito em sofrimento psíquico pode configurar-se num impedimento para que exercite tais habilidades.

O aparato manicomial é, em última instância, um determinante de sua degeneração, por ocasionar a morte subjetiva e civil do indivíduo, que chega a tornar-se um mero corpo, sem vontade e sem voz.

As consequências da institucionalização da loucura não podem, portanto, ser consideradas somente na perspectiva da evolução da doença. Para Basaglia (1991), derivam do tipo de relação que se estabelece nos manicômios, entre o médico e o doente e, sobretudo, entre ele e a sociedade. “O doente mental é doente, sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem se pode tudo” (p. 29).

Esta constatação tem sido disseminada e o manicômio amplamente combatido. O paradigma da reclusão está sendo substituído pela perspectiva da atenção psicossocial, que preconiza a humanização do cuidado e reabilitação social.

Há, contudo, muitos obstáculos para a superação do paradigma psiquiátrico, pois como foi visto no relato apresentado, o preconceito ainda se faz presente nas relações estabelecidas com o louco nas instituições. A necessidade de apreender logicamente o incompreensível leva à utilização de rótulos - que distinguem aquilo que é normal daquilo que não o é; quem é

capaz de decidir ou não sobre sua vida e quem tem o direito ou não de existir. Nas instituições, esta mesma lógica determina o grau de investimento que será feito nos sujeitos, o grau de autonomia que podem exercer e o respeito a sua singularidade.

O que se avalia é que a conduta frente ao sujeito em sofrimento mental, mesmo em algumas instituições substitutivas, prioriza o enquadramento dos sujeitos, visto que suas formas de manifestações pessoais são controladas e ajustadas à norma. Além disso, a medicalização ainda é a terapêutica predominantemente empregada nas instituições, e a passividade do usuário neste contexto é incentivada, resultando em resignação.

No estabelecimento cujo presente relato descreveu pode-se verificar, ainda, que o caráter autoritário da equipe é mantido e, com ele, reproduzidas as relações violentas de poder da instituição sobre o usuário.

Apontados aspectos do paradigma psiquiátrico e do aparato manicomial que ele sustenta, vê-se que se configuram como barreiras para a efetivação dos avanços propostos pela abordagem psicossocial na reabilitação dos sujeitos em sofrimento mental.

Para superar tais percalços no campo da saúde mental há, primeiramente, que se abrir mão dos termos psicopatológicos. Há que se superar o modelo classificatório em prol da desobjetificação e singularização do sujeito em sofrimento psíquico, pois o sujeito em questão possui características únicas e deve ter o direito humano de manifestá-las.

De uma maneira geral, a sociedade deve ser mais tolerante com o diferente, não buscando justificativas vãs para o comportamento desviante, mas permitindo simplesmente que cada sujeito exerça o seu direito de ser, recebendo por outro lado o suporte necessário para o exercício de sua cidadania.

Os dispositivos substitutivos de atenção à saúde mental descritos na legislação devem ser efetivados em especial no Distrito Federal, pois, nesta unidade federativa, as ações no sentido

da reorientação do modelo têm ocorrido lentamente e de forma insuficiente para a superação do paradigma institucionalizante.

O número de Centros de Atenção Psicossocial deve ser aumentado, para oferecer suporte alternativo aos usuários de saúde mental, contando com profissionais preparados sob o paradigma da desinstitucionalização, que incentive a maior abertura e rotatividade da clientela.

As Residências Terapêuticas devem sair do plano das idéias, como já acontece em outros estados brasileiros, oferecendo alternativa de vida para os sujeitos egressos de internações prolongadas, como os moradores da RT do ISM. Estes, por sua vez, devem ser retirados do enclausuramento em que são mantidos, o que não permite a sua reabilitação.

Cabe ressaltar que a perspectiva dos Serviços Residenciais Terapêuticos, conforme a legislação, é de que sejam moradias e não instituições. Neste sentido, as casas devem oferecer um espaço que permita manifestações subjetivas, como o exercício de habilidades domésticas e a tomada de decisões individuais acerca de sua organização e rotina.

Um lar deve proporcionar, sobretudo, espaço para vivências significativas de relações e de trocas. Deve ser o espaço de exercício dos desejos, onde cada situação configura uma nova possibilidade de reformulação e exercício de liberdade e responsabilidade (Machado, 2006).

Ao retomarmos o relato acerca da RT do ISM, percebemos que as práticas mantidas são contrárias àquelas que devem ser executadas para o estabelecimento de um espaço de moradia. Ainda que humanizada, a atenção dada aos usuários reproduz condutas assistencialistas e não avança no sentido do aumento do poder contratual dos usuários e de sua reinserção social.

Enquanto a perspectiva da implantação dos SRTs, conforme descritos na lei, não se concretiza, há a necessidade de garantir suporte social e construção duma rede de relações aos usuários do serviço. Deve-se investir na reconstrução de suas subjetividades e singularidades,

na retomada do poder de atuação do usuário e no resgate de sua individualidade, superando o caráter de massificação e passividade resultantes da institucionalização prolongada. Trata-se de investir na reabilitação ainda que dentro da instituição, preparando o sujeito para a vida fora dela.

A presente discussão evidencia a distância entre o ideal da superação do manicômio e a realidade do processo de transição, na medida em que se vêem reproduzir os padrões que se almeja suplantare. Da forma que tem sido feito nestes locais, supera-se a objetificação dos indivíduos e considera-se o usuário como sujeito, mas não se permite que ele o seja efetivamente, pois não é oferecido o cenário no qual possa exercitar sua subjetividade.

É preciso que se efetivem as políticas públicas inclusivas e que se identifiquem e ultrapassem as limitações da própria instituição na efetivação dos objetivos a que se propõe. É preciso, em última instância, que haja um esforço individualizado de desconstrução de valores, crenças, saberes e práticas, para que a marginalização do sujeito em sofrimento psíquico seja aos poucos substituída pelo esforço coletivo de inserção social.

A luta pelo fim dos manicômios ultrapassa a pura superação de seus muros. Para Delgado (1991), é preciso destruí-lo e ser inventivo na apresentação de outras soluções, mas há acima disso “que incendiar o manicômio que existe em cada um”, que desconstruir a lógica de exclusão que a prática perpetua sem perceber. Somente destruindo o manicômio introjetado, a transformação da abordagem do sofrimento psíquico poderia ser efetivada, o que talvez seja uma das maiores dificuldades impostas (Delgado, 1991, p. 17).

Isso garantiria que relatos como o que foi trazido, de desumanização, institucionalização, cronificação e aniquilação subjetiva fossem uma realidade superada, que só se encontra nos livros de história.

Referências

- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente e outras histórias para a loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Basaglia, F. (1991). *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico*. 2 ed. Rio de Janeiro: Grall.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000*. Essa Portaria tem papel crucial na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional. Pois possibilita desenvolver uma estrutura que se contrapõe à “hospitalidade” do hospital psiquiátrico. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Ministério da Saúde, Secretaria-executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde. p. 100-104.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria no 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos da atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria, ainda, mecanismos de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde. p. 125-136.
- Cabral, A. (1971). *Dicionário de psicologia e psicanálise*. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura.
- Carvalho, A.M.T.; Amarante, P. (2000). Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: *Ensaio Subjetividade, saúde mental, sociedade*. Amarante, P. (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz. (Coleção Loucura & Civilização).
- Costa-Rosa, A. (2001) As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. *Saúde em Debate*. 25, 58, maio/ago, 12-25.
- Delgado, J. M. F. (1991). Reflexões na cidade sem manicômios. In: Delgado, J.M.F. (org) *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Editora Resenha.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Foucault, M. (1997). *História da loucura na idade clássica*. 5 ed. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2006) *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud S. (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: Freud, S. (1969). *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Vol. 19* Freud. Rio de Janeiro: Imago. 19, 229-238.
- Freud S. (1924). Neurose e psicose. In: Freud, S. (1969). *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Vol. 19*. Rio de Janeiro: Imago. 19, 189-198.

Freud S. (1914/1969). Sobre o narcisismo: Uma introdução. In: Freud. S. (1969). *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Vol. 14*. Rio de Janeiro: Imago. 189-198.

Goffman, E. (2003). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.

Gorenstein, C.; Scavone, C. (1999). Avanços em psicofarmacologia: Mecanismos de ação de psicofármacos hoje. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21.1. jan/mar, 64-73.

Guarido. R. (2007) *A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação*. Educação e Pesquisa, São Paulo, 33, 1, jan/ abr, 151-161.

Martins, A. (2000). Criação e Psicose: refazendo a metapsicologia das psicoses. In: Amarante. P. (org.). *Ensaio Subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz. (Coleção Loucura & Civilização).

Machado, D. M. (2006). *A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental*. Dissertação de mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade de Brasília.

Minayo, M.C.S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8 ed. São Paulo: Hucitec.

Nicácio, M. F. (1990). Da Instituição negada à Instituição Inventada. In: Antônio Lancetti. *Saúde loucura 2*. 2 ed., São Paulo: Hucitec.

Pessotti, I. (1994). *A Loucura e as Épocas*. Rio de Janeiro: Ed. 34.

Pessotti, I. (1996). *O Século dos Manicômios*. São Paulo: Ed. 34.

Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2 ed. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.

Smith, A. C. (1985). *Esquizofrenia e Loucura*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA.

Szasz, T. S. (1978). *Esquizofrenia: O Símbolo Sagrado da Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Szasz, T. S. (1979). *O Mito da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Teixeira, M. O. L. (1999). Algumas Reflexões sobre o Conceito de Cura em Psiquiatria. In: *Cadernos do IPUB: por uma Assistência Psiquiátrica em Transformação*. 3,85-94.

Uchoa, D. M. (1979). *Psiquiatria e Psicanálise*. 3 ed. São Paulo: Sarvier.

Uchoa, D. M. (1984). *Psicanálise. Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.

Vasconcelos, J. (2000). Filosofia e loucura: a idéia de desregramento e filosofia. In: Amarante, P. (org.). *Ensaio Subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz. (Coleção Loucura & Civilização).

Waelhens, A. (1990). *A Psicose, Ensaio de Interpretação analítica e existencial*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.